

## **VUELVO A SER YO**

Rocío Sáez, Miguel Barberán Navalón, Luz María González Gualda, María Dolores Sánchez García, Rosa María Sánchez Bañón

[rsp\\_almansa@yahoo.es](mailto:rsp_almansa@yahoo.es)

metadona, cocaína, psicosis, lurasidona

methadone, cocaine, psychosis, lurasidone

## **RESUMEN**

En los trastornos adictivos es frecuente la comorbilidad con otros trastornos mentales, tanto de la esfera afectiva como psicótica, además de los trastornos de la personalidad. Este riesgo de comorbilidad se incrementa en los casos de policonsumo.

La metadona es un agonista opiáceo puro de origen sintético. Se utiliza fundamentalmente para la desintoxicación y deshabitación de opiáceos, ya sean de curso legal como el fentanilo, la morfina, o ilegal como la heroína. Tras la interrupción brusca o disminución de dosis se han descrito síntomas psicóticos que aunque son infrecuentes están descritos en la bibliografía.

Por otro lado, podemos afirmar que dentro de las complicaciones psicopatológicas del consumo de cocaína los síntomas psicóticos son muy frecuentes, siendo la reacción psicótica breve la más común. Además de las alteraciones del pensamiento, pueden presentar alteraciones de la percepción sobre todo del canal visual, aunque son menos frecuentes que los delirios. Por otro lado, la cocaína puede precipitar la aparición de psicosis crónicas en pacientes vulnerables.

## VUELVO A SER YO

En relación al alcohol, están descritos los casos de cuadros psicóticos durante la intoxicación y durante la abstinencia.

Se presenta el caso de una mujer de 50 años de edad que se encuentra en seguimiento en la Unidad de Conductas Adictivas por Trastorno por consumo de opiáceos (en mantenimiento con metadona), alcohol y cocaína. Inicia un cuadro inicialmente afectivo y posteriormente de índole psicótica con predominio de desorganización del tratamiento. Tras fracaso terapéutico con olanzapina, cariprazina y paliperidona, la paciente presenta remisión clínica y funcional con lurasidona, presentando una buena tolerancia y adherencia.

### ABSTRACT

In addictive disorders, comorbidity with other mental disorders is common, both in the affective and psychotic spheres, in addition to personality disorders. This risk of comorbidity increases in cases of polydrug use.

Methadone is a pure opioid agonist of synthetic origin. It is mainly used for the detoxification and detoxification of opioids, whether legal tender such as fentanyl, morphine, or illegal such as heroin. After abrupt interruption or dose reduction, psychotic symptoms have been described which, although infrequent, are described in the literature.

On the other hand, we can affirm that within the psychopathological complications of cocaine use, psychotic symptoms are very frequent, with the brief psychotic reaction being the most common. In addition to thought disturbances, they may present perceptual disturbances, especially in the visual channel, although they are less frequent than delusions. On the other hand, cocaine can precipitate the onset of chronic psychoses in vulnerable patients.

In relation to alcohol, cases of psychotic symptoms during intoxication and during withdrawal have been described.

We present a patient women, 50-year-old, who is under follow-up in the Addictive Behavior Unit for opioid use disorder (in maintenance with methadone), alcohol and cocaine.

## VUELVO A SER YO

Initially an affective picture begins and later of a psychotic nature with a predominance of disorganization of the treatment. After therapeutic failure with olanzapine, cariprazine and paliperidone, the patient presented clinical and functional remission with lurasidone, presenting good tolerance and adherence

## INTRODUCCIÓN

La metadona es un agonista opiáceo puro de origen sintético. Se utiliza fundamentalmente para la desintoxicación y deshabituación de opiáceos, ya sean de curso legal como el fentanilo, la morfina, o ilegal como la heroína. Tras la interrupción brusca o disminución de dosis se han descrito síntomas psicóticos que aunque son infrecuentes están descritos en la bibliografía, y por ello podemos afirmar que la metadona tiene un “efecto antipsicótico”. Neyra, 2018 publicó un caso clínico de una mujer de 43 años de edad que presentó un episodio hipomaniaco con síntomas psicóticos tras realizar una desintoxicación con metadona<sup>1</sup>. En la bibliografía disponible podemos encontrar la descripción de síntomas psicóticos tras la desintoxicación de opioides en pacientes sin antecedentes conocidos, pudiendo evidenciar que los opioides modulan la transmisión dopaminérgica en el mecanismo de la psicosis<sup>2</sup>. Por este motivo, varios autores<sup>3</sup>, inciden en la necesidad de una vigilancia clínica tras la desintoxicación de opioides por considerarse éstos como periodos de alto riesgo de aparición de psicosis, especialmente en pacientes vulnerables<sup>1</sup>

Por otro lado, podemos afirmar que dentro de las complicaciones psicopatológicas del consumo de cocaína y del cannabis los síntomas psicóticos son muy frecuentes, siendo la reacción psicótica breve la más común. Además de las alteraciones del pensamiento, pueden presentar alteraciones de la percepción sobre todo del canal visual, aunque son menos frecuentes que los delirios. Por otro lado, la cocaína puede precipitar la aparición de psicosis crónicas en pacientes vulnerables.

En relación al alcohol, están descritos los casos de cuadros psicóticos tanto durante la intoxicación y durante la abstinencia.

## VUELVO A SER YO

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 50 años de edad que se encuentra en seguimiento en la Unidad de Conductas Adictivas por Trastorno por Consumo de opiáceos (en mantenimiento con metadona), alcohol y cocaína. Mantiene buena adherencia al programa de metadona y un buen ajuste funcional, dentro de la cronicidad del trastorno adictivo, sin sintomatología psicótica ni afectiva reseñable, encontrándose en abstinencia a heroína desde hace años. Por ese motivo, se había iniciado una reducción en la dosis de metadona con vistas a retirada unos meses antes.

En relación a la cocaína, ha mantenido consumos puntuales por vía intravenosa sobre todo en momentos de malestar emocional y en contexto de baja tolerancia a la frustración.

El tratamiento farmacológico que tomaba desde hacía meses además de la metadona era:

trazodona 0-0-1, topiramato 50 mg 1-0-1, clotiapina 40 mg media o una antes de dormir, venlafaxina 75 mg 1-0-0, Diazepam 10 mg máximos dos al día.

En mayo de 2021 acude de forma urgente a la consulta de psiquiatría. Manifestó que había tenido una ruptura sentimental hacía un mes. Desde ese momento se encontraba en recaída de cocaína, vía intravenosa, 0,5 gramos diarios. A lo largo de las últimas semanas había presentado un deterioro global franco, de abandono y aislamiento, junto con conductas apragmáticas que habían ido en aumento en la última semana: estaba comiendo las pizzas congeladas, tiraba los calcetines al baño, la tablet a la basura, se vestía y desvestía a continuación sin finalidad, tenía una tienda de campaña montada en el balcón. El aspecto era francamente desaliñado con progresión desde la visita anterior a enfermería la anterior semana. En los últimos días era la familia la que se encargaba de dar las tomas de tratamiento. Cuenta con buen apoyo familiar pero en ese momento existía una claudicación en su entorno. En ese momento se cursa ingreso urgente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del hospital de referencia. Se alta sin nuevos ajustes farmacológicos.

Tras unos días de ingreso, la paciente es traída sin cita por la familia. Manifestaban una situación similar previa al ingreso.

## VUELVO A SER YO

En consulta, prevalecía el contacto errático, deteriorada físicamente de forma llamativa respecto a su basal. Continúa con apragmatismos y conductas sin finalidad. Comentaba en consulta que el día anterior había estado en una boda de "negros" que tocaban música *soul*. El aspecto era muy desaliñado. Refería que en algún momento había pensado que llevaba cuchillos guardados. Refería mantener abstinencia desde el ingreso. Niega síntomas de abstinencia. No presentaba clínica de intoxicación aguda. Se remitió de nuevo para ingreso en la unidad. Durante el ingreso presentó una mejoría en el comportamiento, sin embargo, a los pocos días del alta y de la vuelta al domicilio, de nuevo regresó a la situación previa al ingreso. Durante este ingreso la paciente reconoció haber consumido alcohol en el domicilio (sin precisar cantidad ni frecuencia), relacionándose las alteraciones de conducta con el consumo de alcohol en la unidad. No se le pauta tratamiento distinto al alta. Unos días más tarde, y asegurando la paciente estar en abstinencia completa, presentó de nuevo empeoramiento conductual. Acuden a urgencias de psiquiatría, indicándose tratamiento con olanzapina 5 mg al día. Con el tratamiento, se produce una mejoría progresiva durante las siguientes semanas. Es capaz de hacer crítica de las percepciones visuales y del pensamiento desorganizado. Dadas las características del cuadro, el diagnóstico de sospecha fue el de Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Se mantiene la olanzapina durante los meses siguientes pero la paciente presenta un aumento grave de peso que no se estabiliza, por lo que se decide el cambio a cariprazina 3 mg de forma gradual. Con ello, se produce un empeoramiento importante a nivel clínico, presentando de nuevo las conductas apragmáticas y el discurso desorganizado. Se retira cariprazina y se inicia paliperidona, con remisión parcial de la clínica. Sin embargo, la paciente presentó síntomas extrapiramidales limitantes, como marcha parkinsonizada, rigidez, temblor, por lo que al cabo de dos meses se sustituye por lurasidona 37 mg un comprimido en comida. Al cabo de 14 días, en febrero de 2022, la paciente presenta una mejoría clínica significativa, "estoy volviendo a ser yo". Más reactiva, animada, discurso más espontáneo y rico en contenido. Mejor a nivel motor. Pensamiento coherente y bien organizado, sin elementos psicóticos. Reconoce que "tenía las cabeza llena de cosas y gente que no tenía nada que ver conmigo". No presenta alucinaciones. Esta mejoría se ha mantenido hasta la actualidad, alcanzando la paciente la funcionalidad previa.

## VUELVO A SER YO

Dada la evolución de la paciente, y la persistencia de conductas apragmáticas y síntomas psicóticos a pesar de la abstinencia a tóxicos, el diagnóstico actual es el de Trastorno psicótico no especificado.

## CONCLUSIONES

Como sabemos, los trastornos adictivos pueden presentarse de forma comórbida con otros trastornos mentales, tanto de la esfera afectiva como psicótica, ya sea por efectos directos de las sustancias, por precipitación de cuadros con un condicionamiento genético previo, o por el inicio o la retirada de ciertos tratamientos, como la retirada de agonistas opioides como la metadona. Es por este motivo por el que no se debe mantener una vigilancia clínica estrecha de pacientes que se encuentren tanto en recaída de sustancias como cocaína como en tratamiento de desintoxicación/deshabitación de opioides. El periodo inmediatamente posterior a la desintoxicación de opioides puede considerarse como de alto riesgo de psicosis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neyra del Rosario A. Episodio maniaco con síntomas psicóticos tras desintoxicación de heroína: estudio de un caso. *Psiquiatr Biol*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2018.01.002>
2. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD002209. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804430>
3. Levinson I, Galynker II, Rosenthal RN. Methadone withdrawal psychosis. *J Clin Psychiatry*.

1

9

9

5

;

5

6